

Vollmacht

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich, _____
Vorname, Name des Vollmachtgebers

wohnhaft in _____
Adresse des Vollmachtgebers

geb. am _____
Geburtsdatum des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit _____
Vorname, Name des Bevollmächtigten

wohnhaft in _____
Adresse des Bevollmächtigten

zur Abholung folgender Dokumente

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde
- sonstiges _____
- alles

Diese Einverständniserklärung kann ich jeder Zeit schriftlich an Dr.med.Dirk Booken,
Tonndorfer Hauptstr.71, 22045 Hamburg widerrufen.

Ort, Datum, Unterschrift

*Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis)
nachgewiesen werden muss.*

Dateiname:
Erstellt: *Jessica Brühning*
Geprüft: *Dr.Dirk Booken*
Freigegeben: *Dr.Dirk Booken*

am: 31.05.18
am: 31.05.18
am: 31.05.18

Seite 1 von 1
Version: 1
gültig ab: sofort